



FULL D'AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS.

En/na
Pare/mare de l'alumne
Del curs autoritzo els mestres i monitors del Escola
ELS PINETONS perquè administrin el següent medicament:

Nom del medicament:
Format :.....
Hora/es d'administraciódosi
Durada del tractament des del dia..... fins al

..

Observacions:

.....
.....

Nota: Aquest full ha d'anar acompanyat de recepta mèdica.

Data i Signatura